



Dyslipidemiat

Keskeinen sanoma

- Dyslipidemialla tarkoitetaan tilaa, jossa plasman
 - LDL-kolesterolipitoisuus on yli 3,0 mmol/l tai
 - triglyseridipitoisuus on yli 1,7 mmol/l tai
 - HDL-kolesterolipitoisuus on pieni (miehillä alle 1,0 mmol/l ja naisilla alle 1,2 mmol/l).
- Dyslipidemian diagnoosin tulee perustua ainakin kahteen eri päivinä otettuun paastonäytteeseen.
- Dyslipidemioiden hoidon päätavoitteena on ehkäistä ateroskleroottista valtimotautia.
- Hoidon tärkein peruste on arvio suurentuneesta valtimotautien kokonaisriskistä.
- Kokonaisriski arvioidaan aikuisilla
 - **joko** aiemmin todetun valtimotaudin tai vastaavan riskin aiheuttavan sairauden (diabetes, krooninen munuaissairaus, perinnöllinen hyperkolesterolemia eli FH) perusteella
 - **tai** terveillä henkilöillä FINRISKI-laskurilla. Suuren riskin rajana käytetään vähintään 10 %:n riskiä kuolla tai sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen seuraavien 10 vuoden aikana.
- Dyslipidemioiden hoitoon kuuluu aina elämäntapahoito (ruokavalio ja liikunta), myös lääkehoidon yhteydessä.
- Lääkehoito tulee kyseeseen ainakin silloin, kun kokonaisriski on suuri eikä elämäntapamuutoksilla saavuteta hoitotavoitteita 3–6 kuukauden kuluessa. Ensisijaisesti käytetään statiinia.
- Valtimotautikohtauksen jälkeen suuriannoksinen statiinihoito on tarpeen.

Perinnölliset dyslipidemiat

- Jos potilaalla todetaan varhainen valtimotauti tai muita viitteitä perinnöllisestä dyslipidemiasta (esim. iho- tai jänneksantomatoosi), on muistettava myös lähisukulaisten tutkiminen.
- Tärkeimmät perinnölliset dyslipidemiat ovat FH ja perinnöllinen kombinoitunut hyperlipidemia (FKH).
- FH:n kliinisen todennäköisyyden arviointiin on käytettävissä laskuri (katso Terveysportti).

Tavoiteltavat lipidiarvot aikuisilla

- **Erityisen suuren riskin** henkilöillä tavoitteena on alle 1,8 mmol/l:n LDL-kolesterolipitoisuus tai pitoisuuden vähintään 50 %:n pienenemä.
- **Suuren riskin** henkilöiden tavoitteena on alle 2,5 mmol/l:n LDL-kolesterolipitoisuus.
- Muiden LDL-kolesterolitavoite on yleensä alle 3,0 mmol/l, mitä tavoitellaan ensisijaisesti elämäntapakeinoin.

Elämäntapahoito: ruokavalio ja liikunta

- Tyydyttyneen rasvan vähentäminen ja monitydyttymättömän rasvan lisääminen ruokavaliossa pienentävät plasman LDL-kolesterolipitoisuutta. Tällaiset ruokavaliomuutokset pienentävät sairastuvuutta ateroskleroottiseen valtimotautiin ja niiden aiheuttamaa kuolleisuutta^A.
- Kun kasvistanoleita tai -steroleita käytetään 1,5–3 g/vrk, ne pienentävät suositusten mukaisen ruokavalion lisänä LDL-kolesterolipitoisuutta noin 10 %.

- Keskeiset keinot plasman suurentuneen triglyseridipitoisuuden pienentämiseksi ovat laihduttaminen ylipainoisilla ja kalan, etenkin rasvaisen, käytön lisääminen.
- Kestävyysliikuntaharjoittelu suurentaa HDL-kolesterolipitoisuutta ja pienentää triglyseridipitoisuuksia keskimäärin 5 % henkiöllä, joilla ei ole todettu valtimotautia^A.
- Voimakastehoisten statiinien käyttö on tärkein osa FH-taudin hoitoa.
- Lihaksiin kohdistuvat vakavat statiinin haittavaikutukset ovat harvinaisia, eikä kreatiini-kinaasin (CK) rutiininomaisia määrittäviä tarvita.

Muut lääkkeet

- Etsetimibi yhdistetään yleensä statiiniin. Yhdistelmällä LDL-kolesteroliarvoa voidaan pienentää yli 50 prosenttia.
- Fibraattilääkitys voi tulla kyseeseen silloin, kun statiinihoito ei sovellu. Fibraattihoito vähentää sepelvaltimotautitapahtumia primaari- ja sekundaaripreventiossa^A.
- PCSK9:n estäjiä tulee harkita niille erityisen suuren riskin potilaille ja FH-potilaille, jotka eivät voi haittavaikutusten vuoksi käyttää statiineja tai joiden LDL-kolesterolipitoisuus ei pienene tavoitetasolle suurimmalla siedetyllä statiiniannoksella yhdistettynä etsetimibiin.

Aikuisten lääkehoito

Statiinit

- Statiinit pienentävät tehokkaasti LDL-kolesterolipitoisuutta. Ne myös pienentävät triglyseridi- ja suurentavat HDL-kolesterolipitoisuutta.
- Satunnaistetuissa, keskimäärin 5 vuotta kestäneissä tutkimuksissa statiinihoito on vähentänyt kokonaiskuolleisuutta ja valtimotautitapahtumia tutkittavien lähtövaiheen valtimotautiriskistä riippumatta^A.
- Statiinihoidosta on hyöttyä kaikissa keskeisissä alaryhmissä sekä primaari- että sekundaaripreventiossa: miehillä ja menopausin ohittaneilla naisilla, yli ja alle 65-vuotiailla, valtimotautia sairastavilla ja sairastamattomilla sekä diabeetikoilla ja ei-diabeetikoilla^A.
- Statiinihoito vähentää aivoinfarktien ilmaantuvuutta^A.
- Statiinihoito on tarpeen kaikille ääreisvaltimotautipotilaille kolesterolitasosta ja oireista riippumatta^A.

Lapset ja nuoret

- Hoito perustuu ruokavaliohoitoon, joka voidaan toteuttaa turvallisesti 1–2 vuoden iästä alkaen. Kasvistanoleja ja -steroleja voidaan käyttää 6 vuoden iästä alkaen.
- FH-taudissa käytetään lisäksi lääkehoitoa 6–10 vuoden iästä alkaen lastenlääkärin harkinnan mukaan. ■

TIMO STRANDBERG (pj.), MIKKO SYVÄNNE, JUHANI KAHRI, EEVA KETOLA, KATRIINA KUKKONEN-HARJULA, TIINA LAATIKAINEN, NIINA MATIKAINEN, PÄIVI RUOKONIEMI, MATTI K. SALO, URSULA SCHWAB, HANNU VANHANEN, ALPO VUORIO

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärin Yhdistys ry:n asettama työryhmä

Update on Current Care Guideline: Dyslipidaemias

The updated guideline on dyslipidaemia is in concordance with European guidelines (2016). Management of dyslipidaemia aims to reduce the risk of vascular atherosclerotic diseases. Therapeutic targets for plasma LDL cholesterol, determined by risk assessment, range from concentrations <1.8 mmol/l (persons at very high risk) and <2.5 mmol/l (high risk) to <3.0 mmol/l (moderate or low risk). Changes in lifestyle (diet, including replacement of saturated with unsaturated fat, and weight loss; physical activity, and nonsmoking) are the cornerstones, to be continued also with drug therapy. Drugs, mainly statins, are initiated when risk-stratified LDL targets are not reached otherwise.